

PÁGINA INICIAL DEL PLAN DE APOYO INDIVIDUAL (ISP)

NOMBRE		FECHA DE NACIMIENTO	NÚM. DE CASO ASSISTS	FECHA	
DIRECCIÓN (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)			NÚM. DE TELÉFONO		
ENTORNO RESIDENCIAL ACTUAL		COLOCACIÓN EDUCACIONAL (ARS15) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	PROGRAMA DE TRABAJO, ESCUELA O DIURNO		
INGRESOS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Otro	PRESUNTAMENTE ELEGIBLE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO DE CONTACTO META <input type="checkbox"/> Tel. <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por carta		FRECUENCIA META <input type="checkbox"/> 90 días <input type="checkbox"/> 180 días <input type="checkbox"/> Otra	
ELEGIBLE PARA ALTCS <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NÚM. ID DE AHCCCS	DEPENDE DE VENTILADOR <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CUIDADO TEMPORAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	CUIDADO TEMP. EXTENDIDO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
PLAN MÉDICO AHCCCS	NOMBRE DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO		TEL. DEL MÉDICO DE CUIDADO PRIMARIO		
RESPONSABILIDAD DE TERCERA PARTE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE LA TERCERA PARTE		NÚMERO DE LA PÓLIZA		
COBERTURA DENTAL <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ASEGURADOR DE LA PÓLIZA DENTAL	TEL. DEL ASEGURADOR DENTAL (SERVICIOS DE SALUD MENTAL RECIBIDO DE <input type="checkbox"/> RHBA <input type="checkbox"/> ALTCS PCP <input type="checkbox"/> N/A		
PERSONA RESPONSABLE (Tutor)			TELÉFONO		
DIRECCIÓN (Calle y número, ciudad, estado, código postal ZIP)					
NOMBRE DEL COORDINADOR DE APOYO		NÚMERO DE ID	TELÉFONO		
LOCALIDAD DE LA REUNIÓN	RAZÓN DE LA REUNIÓN DEL EQUIPO <input type="checkbox"/> Revisión anual <input type="checkbox"/> Otra (Especifique)				

COMPROMISOS Y FIRMAS

A todos los miembros del grupo: Entiendo que mi firma significa que estoy de acuerdo con participar en el desarrollo de este plan, y que llevaré a cabo todas mis responsabilidades. Me he comprometido a realizar este plan. Entiendo que las decisiones acerca de los servicios pueden requerir más aprobaciones, sujetos a los requisitos de ALTCS o la fundación del estado. Entiendo que un proveedor de servicios puede revisar los archivos del cliente de la División por cualquier información del trasfondo y la conducta del cliente, conforme a A.R.S. 36-557(L). **Se me ha explicado los procedimientos para quejas y apelaciones.** Si no estoy satisfecho con este plan y deseo pedir una Revisión Administrativa, entiendo que debo pedirla dentro de 35 días de la fecha de este plan actual. **Coordinador de Apoyo:** Entiendo que todos los miembros del grupo de trabajo han de recibir el plan ISP por correo dentro de 15 días laborales. **Sólo para la persona responsable:** Entiendo que tengo derecho a seleccionar al Coordinador de Apoyo y a los Proveedores de Servicios, dependiendo de la disponibilidad.

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL GRUPO (En letra de molde)	RELACIÓN CON LA PERSONA	FIRMA DEL MIEMBRO DEL GRUPO	DE ACUERDO	FECHA	SÓLO PARA USO DE LA DIVISIÓN
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		